



The Relationship between Spiritual Intelligence with Caring Behavior and Empathy in Nurses Working in Hospitals affiliated to University of Medical Sciences of Kashan

Maasoumeh Barkhordari-Sharifabad^{1,*} , Hamidreza Nadian-Sadeh² ,
Maryam Sedaghati-kasbakh³ 

¹ Ph.D. in Nursing, Assistant Professor, Department of Nursing, School of Medical Sciences, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran

² M.Sc. student of Critical Care Nursing, Department of Nursing, School of Medical Sciences, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran

³ Ph.D. in Nursing, Assistant Professor, Department of Nursing, School of Medical Sciences, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, tonekabon, Iran

* **Corresponding author:** : Maasoumeh Barkhordari-Sharifabad, Department of Nursing, School of Medical Sciences, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran. E-mail: barkhordary.m@gmail.com

Received: 04 Sep 2019

Accepted: 27 Jan 2020

Abstract

Introduction: Nurses' caring behavior is one of the factors of patient satisfaction. Empathy, on the other hand, is an essential component of the quality of health care. Caring behavior and empathy can be influenced by spiritual intelligence. The purpose of this study was to determine the relationship between spiritual intelligence with caring behavior and empathy for nurses.

Methods: This is a descriptive correlational study conducted in 2019. The target population was nurses working in educational hospitals of Kashan that 185 were selected by stratified random sampling. Data were collected using Questionnaires of King's Spiritual Intelligence, Wolf's Caring Behavior, and Jefferson's Empathy. The validity and reliability of the instruments have been determined in previous studies. Data were analyzed using descriptive statistics (mean and standard deviation, frequency distribution) and inferential (Pearson correlation test) by SPSS 16 software.

Results: The mean spiritual intelligence of nurses was in the moderate range (97.35 26 26.12). The mean of nurses' empathy (98.37±18 18.30) and nurses' caring behavior (198.5±41 41.60) was above average and acceptable. There was no statistically significant relationship between spiritual intelligence and caring behavior), and also spiritual intelligence and empathy level ($p>0.05$). However, the correlation matrix indicated a significant relationship between some of the components.

Conclusions: There was no relationship between spiritual intelligence with empathy and caring behavior of nurses, but by reinforcing some components of spiritual intelligence such as expanding consciousness and transcendent awareness, it can enhance nursing caring behavior and ultimately improve patient care.

Keywords: Spiritual Intelligence, Caring Behavior, Empathy, Nursing.

© 2020 Iranian Nursing Scientific Association (INA)



بررسی ارتباط بین هوش معنوی با رفتار مراقبتی و همدلی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کاشان

معصومه برخوردار شریف‌آباد^{۱*}، حمیدرضا نادیان‌سده^۲، مریم صداقتی‌کسبخی^۳

^۱ دکترای پرستاری، استادیار، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران
^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه، دانشکده علوم پزشکی، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران
^۳ دکترای پرستاری، استادیار، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران
 * نویسنده مسئول: معصومه برخوردار شریف‌آباد، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد،

ایران. ایمیل: barkhordary.m@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۱۱/۰۷

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۶/۱۳

چکیده

مقدمه: رفتار مراقبتی پرستار یکی از عوامل رضایت بیماران می‌باشد. از طرفی همدلی یکی از مؤلفه‌های اساسی کیفیت مراقبت بهداشتی محسوب می‌شود. رفتار مراقبتی و همدلی می‌تواند تحت تأثیر هوش معنوی باشد. هدف از این مطالعه تعیین ارتباط بین هوش معنوی با رفتار مراقبتی و همدلی پرستاران می‌باشد.

روش کار: این پژوهش، یک پژوهش توصیفی همبستگی می‌باشد که در سال ۱۳۹۸ انجام شد. جامعه هدف پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی شهر کاشان بودند که ۱۸۵ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. به منظور جمع‌آوری اطلاعات، از پرسشنامه‌های هوش معنوی کینگ، رفتار مراقبتی ولف و همدلی جفرسون استفاده شد. روایی و پایایی ابزارها در تحقیقات پیشین تعیین شده است. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار، توزیع فراوانی) و استنباطی (آزمون همبستگی پیرسون) توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین هوش معنوی پرستاران $(97/35 \pm 26/12)$ بود که در حد متوسط قرار داشت. میانگین همدلی پرستاران $(18/30 \pm 98/37)$ و میانگین رفتار مراقبتی پرستاران $(41/60 \pm 198/5)$ بود که بالاتر از متوسط و قابل قبول بود. ارتباط آماری معناداری بین هوش معنوی و رفتار مراقبتی، و هوش معنوی و سطح همدلی پرستاران مشاهده نشد ($P > 0/05$) با این وجود، ماتریس همبستگی مؤلفه‌ها، حاکی از وجود ارتباط معنادار بین برخی از مؤلفه‌های مورد نظر بود.

نتیجه‌گیری: بین هوش معنوی با همدلی و رفتار مراقبتی پرستاران ارتباطی وجود نداشت، اما با تقویت بعضی از مؤلفه‌های هوش معنوی نظیر بسط هوشیاری و آگاهی متعالی می‌توان باعث ارتقاء رفتار مراقبتی پرستاران و در نهایت بهبود مراقبت از بیماران شد.

کلیدواژه‌ها: هوش معنوی، رفتار مراقبتی، همدلی، پرستاری

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

۴. پیامد مراقبت، باید اصلاح نگرش بیماران نسبت به بهبود و آینده باشد [۵].

در سیستم بهداشتی درمانی ایران که مانند سایر سیستم‌های بهداشتی - درمانی در سطح بین‌المللی، مبتنی بر حاکمیت بالینی می‌باشد، بیماران، در قلب فرآیندهای مراقبتی قرار گرفته و تلاش می‌شود تا با

تأمین مراقبت از بیماران، مسئولیت اصلی پرستاران [۱]، و یکی از مهمترین مؤلفه‌های تکامل و بقاء انسانی است [۲]. برآورده کردن نیازهای فردی بیماران در مراقبت پرستاری از اهمیت اساسی برخوردار است و هدف نهایی پرستاری هم ارائه مراقبت با کیفیت می‌باشد [۳].

و معنوی ارتباط دارد [۲۵]. مفهوم معنویت اساس رفتار پرستاری را تشکیل می‌دهد [۲۶]. هوش معنوی، به عنوان مجموعه‌ای از ظرفیت‌های ذهنی تعریف می‌شود که به آگاهی، ادغام و کاربرد انطباقی جنبه‌های غیر مادی و متعالی وجود کمک نموده و منجر به نتایجی همچون انعکاس وجودی عمیق‌تر، ارتقا معنا، شناخت از یک "خود" متعالی و تسلط بر امور روحانی، می‌شود [۹]. هوش معنوی به فرد، دید کلی در مورد زندگی و همه تجارب و رویدادها می‌دهد و فرد را در استفاده از منابع معنوی برای تصمیم‌گیریهای مهم و حل مسئله روزانه توانمند می‌سازد. این نوع از هوش، بالاترین سطوح رشد را در حیطه‌های مختلف شناختی، اخلاقی، هیجانی، بین فردی و... شامل می‌شود و فرد را در جهت هماهنگی با پدیده‌های اطرافش و دستیابی به یکپارچگی درونی و بیرونی یاری می‌نماید [۲۷].

نتایج پژوهش‌ها نشان داد که حدود ۴۵٪ پرستاران، نمرات هوش معنوی کمتر از حد متوسط دارند [۲۷]. این در حالی است که درک نیازهای معنوی دیگران، مستلزم این است که پرستاران درک درستی از معنویت خود و آگاهی دقیقی از اعتقاداتشان داشته باشند [۲۸]. وقتی پرستاران، معنویت را در خود توسعه می‌دهند می‌توانند ماهیت زندگی واقعی خود را از راه اعتماد و روابط همدلانه در عملکردشان انعکاس دهند [۲۹]. هوش معنوی جهت توسعه درک مراقبت معنوی و پرورش فضایل لازم برای دستیابی به مراقبت معنوی در پرستاران ضروری است [۳۰]. تجارب معنوی پرستاران می‌تواند منجر به نگرش مثبت به مراقبت معنوی در آنها شود [۳۱]. نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که هوش معنوی بر سلامت روان پرستاران و کاستن استرس شغلی [۳۲، ۳۳]، شادمانی پرستاران و تطابق بهتر با استرس‌های روزمره [۳۴]، مدیریت شغلی موفق و کارآمد [۳۵] و صلاحیت بالینی [۲۷] مؤثر است. تعدادی از محققان هوش معنوی را به عنوان توانایی اصلی و یک عامل کلی که در سایر تواناییها نفوذ کرده و آنها را جهت می‌دهد، عنوان کرده‌اند. بررسی مشخصات معنوی پرستاران، می‌تواند نقطه شروعی برای ارائه مراقبت باکیفیت باشد و شناسایی عوامل مؤثر بر رفتار مراقبتی و همدلی پرستاران در بهبود کیفیت مراقبت از بیمار، بسیار مهم می‌باشد. هدف از این مطالعه تعیین ارتباط میان هوش معنوی با رفتارهای مراقبتی و همدلی پرستاران بیمارستانهای آموزشی درمانی شهر کاشان است

روش کار

این پژوهش، یک پژوهش توصیفی همبستگی می‌باشد که در سال ۱۳۹۸ انجام شد. جامعه آماری را پرستاران شاغل در شیفت‌های مختلف کاری در بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی کاشان تشکیل می‌دهند. با در نظر گرفتن سطح معناداری ۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد و با توجه به نتایج مطالعه Sunaryo و همکاران (۲۰۱۷) [۳۶]، تعداد ۱۸۵ نمونه انتخاب شدند.

نمونه‌گیری بدین صورت بود که سه بیمارستان به صورت تصادفی انتخاب و سپس بخشهای مختلف بیمارستان را به چهار طبقه عمومی، تخصصی، ویژه و اورژانس طبقه بندی و سپس از هر طبقه به صورت تصادفی (متناسب با تعداد پرستاران شاغل در بخشها)، افرادی برگزیده شدند. معیار ورود به مطالعه شامل داشتن حداقل شش ماه سابقه کار، دارا بودن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری، داشتن تمایل به شرکت

بهبود استانداردهای کار، خدماتی با کیفیت و بهتر و منطبق با استانداردهای مطلوب به جامعه ارائه شود [۶]. در حال حاضر پرستاران وظایف و مسئولیتهای مهمی در خدمات درمانی و مراقبت از بیماران دارند و توانایی آنها در انجام این وظایف، تحت تأثیر نگرش آنها نسبت به نقشهای حرفه‌ای آنها است [۷]. به عبارت دیگر، پرستار، جهت ایفای نقش مراقبتی خود، باید کلیه نیازهای مراقبت بهداشتی مددجو مشخص نموده و به مددجو و خانواده، برای تدوین اهداف و دستیابی به آنها با حداقل هزینه، زمان و انرژی کمک نماید. همچنین بدلیل تأکید فراوان روی مدیریت منابع، کنترل هزینه، اثربخشی مراقبت از بیمار، ارتقاء کیفیت و مسئولیت پذیری، مراقبت خوب از بیمار امری ضروری است [۸]. رفتار مراقبتی به عنوان اقداماتی در جهت رفاه و آرامش بیمار تعریف شده است که شامل ویژگی‌هایی همچون حساسیت، آرامش، گوش دادن همدلانه، صداقت و پذیرش بدون قضاوت می‌شود. تحقیقات حاکی از آن است که رفتار مراقبتی پرستاران به رضایتمندی و احساس آرامش بیماران، و به تبع آن به بهبود عملکرد سازمان‌های ارائه دهنده خدمات سلامتی، کمک می‌کند [۹]. در پژوهش‌های انجام شده بر روی پرستاران، میانگین نمره رفتار مراقبتی در پرستاران، در سطحی پذیرفتنی گزارش شده است [۳، ۱۰-۱۲].

در مراقبت از مددجو، علاوه بر نیازهای فیزیکی بیماران، توجه ویژه‌ای به وجود خصیصه‌های غمخواری و همدلی در پرستاران شده است. و امروزه بر یک دیدگاه فراگیر و همه جانبه در این حرفه تأکید می‌شود، که پرستاران و ارائه دهندگان خدمات مراقبتی را ملزم به ارائه خدمات فیزیولوژیکی، روانشناختی و همدلی به بیماران خود می‌کند [۲]. همدلی اساس مراقبت از بیمار و نیروی انگیزاننده رفتارهای اجتماعی است که انسجام گروهی را در پی دارد [۱۳]. همدلی مفهومی پیچیده و چندبعدی است که دارای مؤلفه‌های عاطفی، اخلاقی، شناختی و رفتاری می‌باشد [۱۴]. انجمن پزشکی آمریکا، همدلی را به عنوان یکی از ۱۳ شایستگی بالینی برشمرده که باید در دانشکده‌های پزشکی و پیراپزشکی آموزش داده شود. همدلی در ارتباط درمانی پرستاران دارای جایگاه مهمی است و مهارت همدلانه یکی از مهارتهای اساسی اصلی در پرستاری است [۱۵، ۱۶]. پرستاران با کمک این مهارت قادر به درک بیماران بوده و می‌توانند با آنها ارتباط حمایتی برقرار کنند [۱۷]. پرستاران با برقراری ارتباط همدلانه با بیماران می‌توانند بر توانایی تصمیم‌گیری آنان در طی درمان تأثیرگذار باشند [۱۸]. نتایج مطالعات مبین آن است که همدلی، مدیریت و مراقبت از بیمار را به حداکثر رسانده، نیازهای مالی سیستم مراقبت بهداشتی را کم کرده، دوره درمان را کوتاهتر نموده و نیاز به منابع را کاهش می‌دهد [۱۹]. همچنین برخورد همدلانه منجر به کاهش میزان افسردگی، اضطراب، دیسترس و افزایش سطح بهزیستی عاطفی، رضایت و پیروی از رژیم‌های درمانی می‌شود [۲۰]. نمونه‌هایی از پیامدهای فیزیولوژیکی تعاملات همدلانه مراقبین بهداشتی عبارتند از: کاهش میزان عفونت، بهبود زخم، بالاتر بودن میزان بقای سرطان و کاهش عوارض دیابت و درد [۲۱-۲۳]. یافته‌های برخی مطالعات در زمینه همدلی پرستاران، حاکی از سطح متوسط همدلی در پرستاران بوده است [۲۴].

همدلی، بخش جدایی ناپذیر هوش معنوی و به عنوان ویژگی بارز هوش معنوی می‌باشد. به عبارتی پرورش همدلی بخش مهمی از توسعه زندگی معنوی درونی فرد است، و اساساً با مجموعه تواناییهای عاطفی

۴ پرسشنامه همدلی: Jefferson مقیاس خود اظهاری همدلی Jefferson در زمینه همدلی پرستار با بیمار استفاده شد. در سال ۱۹۸۷ Jefferson و همکاران، فرمی از پرسشنامه را با ۴۵ آیتم ارائه کردند. در سال ۱۹۹۵ پرسشنامه Jefferson، توسط گروهی از محققین دانشگاه Thomas Jefferson به سرپرستی دکتر حجت مورد بازبینی قرار گرفت و پرسشنامه نهایی با ۲۰ آیتم توسط این گروه طراحی گردید که دارای ۳ خرده مقیاس: اتخاذ دیدگاه (۱۱ گویه)، مراقبت همدلانه (۷ گویه) و خود را به جای بیمار نهادن (۲ گویه) بود. این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت (کاملاً مخالفم، ۱؛ مخالفم، ۲؛ نه موافقم، ۳؛ مخالف، ۴؛ کاملاً موافقم، ۵) می‌باشد. دامنه نمرات بین ۲۰ تا ۱۰۰ می‌باشد و نمره بالاتر، همدلی بیشتری را نشان می‌دهد [۴۳، ۴۴]. نمره مساوی و بالاتر از میانگین بدست آمده، میزان همدلی مطلوب و پایینتر از آن نامطلوب در نظر گرفته شد. روانسنجی این مقیاس توسط کریمی و همکاران با توجه به ویژگیهای فرهنگی مورد تأیید قرار گرفت. آن‌ها روایی صوری، روایی محتوایی و روایی سازه را مورد بررسی قرار دادند. شاخص روایی محتوا ۰٫۹۴ و در مورد گویه های ابزار در محدوده ۰٫۸-۰٫۸ بود که در سطح مطلوب می‌باشد. برای بررسی روایی سازه، از تحلیل عاملی تأییدی استفاده نمودند که نتایج حاکی از برازندگی مطلوب و نسخه فارسی کاملاً منطبق با نسخه اصلی بود. برای بررسی پایایی ابزار همدلی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده کردند. ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس، ۰٫۶۳ و برای خرده مقیاسهای اتخاذ دیدگاه، مراقبت همدلانه و خود را به جای بیمار نهادن به ترتیب ۰٫۶۳/۷۱ و ۰٫۶۲ بود [۴۵]. همچنین صدقاتی و همکاران نیز با بررسی روایی و پایایی، نسخه ایرانی مقیاس همدردی جفرسون به این نتیجه رسیدند که یک ابزار روان سنجی مناسب برای اندازه گیری همدلی در پرستاران است [۴۶].

روش انجام کار بدین ترتیب بود که پژوهشگر پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق با در دست داشتن معرفی نامه کتبی از دانشگاه آزاد اسلامی واحد یزد به دانشگاه علوم پزشکی کاشان مراجعه و سپس به بیمارستان‌های مورد نظر معرفی گردید. پس از دسترسی به نمونه‌های منتخب به معرفی خود و ارائه توضیحاتی در مورد اهداف پژوهش پرداخته و پس از اخذ رضایت آگاهانه در زمان و مکانی مناسب پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه هوش معنوی، رفتار مراقبتی و همدلی بین نمونه‌های واجد شرایط توزیع شد. پس از شرح در مورد بخش‌های مختلف آن و روش پاسخگویی به سؤالات، نمونه پژوهش در حضور محقق اقدام به پاسخگویی به پرسشنامه پس از کامل کردن، پرسشنامه‌ها جمع‌آوری شد.

این پژوهش در کمیته اخلاق در پژوهش‌های پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان با کد اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1398.057 در تاریخ ۱۳۹۸/۲/۲۵ مورد تصویب قرار گرفت. کسب رضایت نامه آگاهانه از بیماران جهت شرکت در مطالعه و فارغ از هرگونه اجبار، تهدید، تلمیح و اغوا، دادن اطمینان لازم به بیماران در خصوص محرمانه و بی نام بودن اطلاعات، توضیح در مورد اختیاری بودن شروع و تداوم همکاری در مطالعه و دادن حق انتخاب شرکت یا عدم شرکت در پژوهش، شرح دادن کلیه اهداف و مراحل پژوهش، قرار گرفتن نتیجه پژوهش در صورت تمایل

در مطالعه، اشتغال به حرفه پرستاری به صورت رسمی، پیمانی، طرحی و در شیفت‌های صبح ثابت، عصر ثابت، شب ثابت و چرخشی بود. معیار خروج از مطالعه عبارت بودند از سوپروایزرها و سرپرستاران، شرکت در دوره‌های روانشناختی نظیر ذهن آگاهی در ۶ ماه گذشته.

ابزار گردآوری داده در این پژوهش پرسشنامه به این شرح بود: ۱ پرسشنامه مشخصات دموگرافیک: که شامل ۴ سؤال در مورد سن، جنس، وضعیت تأهل، سابقه کار بود. ۲ پرسشنامه هوش معنوی: پرسشنامه هوش معنوی King دارای ۲۴ ماده و نمره گذاری آن، بر اساس طیف لیکرت پنج گزینه‌ای (از ۱= کاملاً مخالفم تا ۵= کاملاً موافقم) بود. دامنه نمرات بین ۲۴ تا ۱۲۰ می‌باشد و هر چه فرد نمره بالاتری کسب نماید، دارای هوش معنوی بیشتری بود. نمره مساوی و بالاتر از میانگین بدست آمده هوش معنوی مطلوب و پایینتر از آن نامطلوب در نظر گرفته شد. این پرسشنامه دارای هفت بعد تفکر وجود انتقادی (سؤالات ۱۷، ۱۳، ۹، ۵، ۳، ۱ و ۲۱)؛ تولید معنای شخصی (سؤالات ۲۳، ۷، ۱۱، ۱۵، ۱۹)؛ بسط حالت هشیاری (سؤالات ۴، ۸، ۱۲، ۱۶، ۲۳)؛ آگاهی متعالی (سؤالات ۲۲ و ۲۶، ۱۰، ۱۴، ۱۸، ۲۰) بود King. به منظور سنجش روایی این مقیاس را با پرسشنامه‌های معتبر دیگری مانند مقیاس خودتفسیری فراشخصی، مقیاس عرفان، مقیاس دینداری درونی و بیرونی مورد مقایسه قرار داد. ضریب همبستگی آنها به ترتیب ۰٫۶۳/۶۷٪ و ۰٫۵۸٪ گزارش نموده و پایایی مقیاس توسط King با ضریب آلفای کرونباخ ۰٫۹۵ تأیید شد [۳۷]. روایی و پایایی پرسشنامه، در پژوهش‌های مختلف مورد بررسی و تأیید گردیده است. روایی سازه پرسشنامه در پژوهش‌های شریف‌نیا (۲۰۱۵)، رقیب و همکاران (۲۰۱۱) و حسین چاری و همکاران (۱۳۸۹) با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی مورد تأیید قرار گرفت. پایایی پرسشنامه نیز در تحقیق رقیب و همکاران (۲۰۱۱) با استفاده از روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰٫۶۷ و ۰٫۸۹ گزارش شد [۳۸-۴۰].

۳ پرسشنامه رفتار مراقبتی پرستار: این ابزار اولین بار توسط Wolf در سال ۱۹۸۱ با ۷۵ آیتم طراحی شد و در نهایت پس از تجدید نظر نهایی به ۴۲ گویه تقلیل یافت [۴۱، ۴۲]. این ابزار دارای ۴۲ گویه و ۵ مقیاس فرعی بود. این پرسشنامه دارای ۵ زیرمقیاس فائل شدن احترام برای دیگری (گویه های ۱ الی ۱۲)، اطمینان از حضور انسانی (گویه های ۱۳ الی ۲۴)، ارتباط و گرایش مثبت (گویه های ۲۵ الی ۳۳)، دانش و مهارت حرفه‌ای (گویه های ۳۴ الی ۳۸)، توجه به تجارب دیگری (گویه های ۳۹ الی ۴۲) است. برای اندازه گیری میانگین هر زیرمقیاس، نمرات گویه های مربوط به هر یک جمع زده و مجموع نمرات بر تعداد گویه ها تقسیم شد. حداقل نمره کسب شده ۴۲ و حداکثر ۲۵۲ است هر گویه براساس طیف شش درجه‌ای لیکرت (همیشه = ۶، اغلب اوقات = ۵، گاهی اوقات = ۴، اوقات کمی = ۳، به ندرت = ۲، هرگز = ۱) نمره‌گذاری می‌شود. در ابزار مذکور، نمره بالاتر نشان‌دهنده رفتار مراقبتی مناسبتر است [۴۲]. نمره مساوی و بالاتر از میانگین بدست آمده رفتار مراقبتی مطلوب و پایینتر از آن نامطلوب در نظر گرفته شد. حاجی نژاد و همکاران (۱۳۹۰)، در پژوهش خود به بررسی اعتبار علمی (روایی) این ابزار با روش اعتبار محتوی پرداختند که نتایج نشان دهنده اعتبار مناسب این پرسشنامه بود. آلفای کرونباخ در این مطالعه ۰٫۹۲ بوده است [۳].

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش

متغیر	تعداد (درصد)
سن	
زیر ۲۵ سال	۴۲ (۲۲/۷)
۲۶ تا ۳۰ سال	۷۸ (۴۲/۲)
۳۱ تا ۳۵ سال	۲۹ (۱۵/۷)
۳۶ تا ۴۰ سال	۲۳ (۱۲/۴)
۴۰ سال به بالا	۱۳ (۷)
جنس	
مونث	۱۲۵ (۶۷/۶)
مذکر	۵۷ (۳۰/۸)
سابقه کار	
زیر ۱۰ سال	۱۰۸ (۵۸/۴)
۱۱ تا ۱۵ سال	۴۷ (۲۵/۴)
۱۶ تا ۲۰ سال	۲۰ (۱۰/۸)
۲۱ تا ۲۵ سال	۷ (۳/۸)
۲۵ سال به بالا	۳ (۱/۶)
وضعیت تأهل	
مجرد	۱۴۸ (۸۰)
متأهل	۳۷ (۲۰)

در اختیار مسئولین و مشارکت کنندگان، از موارد اخلاقی بود که در این پژوهش رعایت شد.

داده‌ها پس از جمع آوری، کدگذاری و وارد رایانه شد، پس از کنترل صحت ورود داده‌ها، تجزیه و تحلیل با روش‌های آمار توصیفی و تحلیلی انجام شد. شاخص‌های میانگین، انحراف معیار، توزیع فراوانی نسبی و مطلق برای بیان مشخصات واحدهای پژوهش به کار گرفته شد. با توجه به نرمال بودن توزیع داده‌ها بر اساس آزمون کولموگراف اسمیرنوف ($P > 0/05$)، برای بررسی ارتباط بین هوش معنوی با رفتار مراقبتی و همدلی از آزمون آماری همبستگی پیرسون استفاده شد. در آزمون‌های انجام شده ضریب اطمینان ۹۵ درصد ($\alpha = 0/05$) مدنظر قرار گرفت. تحلیل آماری با نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام شد.

یافته‌ها

از میان ۱۸۵ پرستار شرکت کننده در مطالعه حاضر، بیشتر آنان زن ($67/6\%$)، مجرد (80%)، دارای سن بین ۲۶ تا ۳۰ سال ($42/2\%$) و دارای سابقه زیر ده سال ($58/4\%$) بودند (جدول ۱). لازم به ذکر است که ریزش نمونه وجود نداشت.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار هوش معنوی، همدلی، رفتار مراقبتی و ابعاد آنها در پرستاران

متغیرها	تعداد گویه	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف معیار
هوش معنوی					
تفکر انتقادی وجودی	۷	۱۱	۴۹	۲۸/۸	۷/۸۷
ایجاد معنای شخصی	۵	۶	۳۵	۲۰/۳	۶/۶۵
آگاهی متعالی	۵	۵	۳۵	۱۸/۷۵	۶/۴۱
بسط حالت هوشیاری	۷	۸	۴۹	۲۸/۲۰	۸/۴۳
هوش معنوی کلی	۲۴	۳۹	۱۶۸	۹۷/۳۵	۲۶/۱۲
همدلی					
اتخاذ دیدگاه	۱۱	۱۲	۷۴	۴۸/۸۰	۸/۸۵
مراقبت همدلانه	۷	۱۳	۴۹	۳۰/۵۱	۷/۹۲
خود را به جای بیمار نهادن	۲	۲	۱۴	۹/۰۵	۲/۸۲
همدلی کلی	۲۰	۶۲	۱۵۲	۹۸/۳۷	۱۸/۳۰
رفتار مراقبتی					
آحترام قائل شدن برای دیگران	۱۲	۲۵	۷۷	۵۹/۸۰	۱۳/۹۴
اطمینان از حضور انسانی	۱۲	۲۶	۸۴	۶۹/۳۶	۱۴/۳۳
ارتباط و گرایش مثبت	۹	۱۰	۶۰	۳۸/۲۸	۷/۶۰
دانش و مهارت حرفه ای	۵	۸	۳۹	۲۰/۱۰	۴/۳۵
توجه به تجارب دیگری	۴	۱۰	۲۸	۱۸/۶۱	۳/۵۵
رفتار مراقبتی کلی	۴۲	۱۰۹	۲۸۴	۱۹۸/۵	۴۱/۶۰

جدول ۳. ماتریس همبستگی بین مؤلفه‌های هوش معنوی و رفتار مراقبتی پرستاران

رفتار مراقبتی	احترام به دیگران	اطمینان از حضور انسانی	ارتباط و گرایش مثبت	دانش و مهارت حرفه ای	توجه به تجارب دیگری	رفتار مراقبتی
تفکر انتقاد وجودی						
همبستگی	۰/۰۷۶	۰/۰۵۵	۰/۱۶۷ *	- ۰/۰۱۲	۰/۰۲۱	۰/۲۱۸
معناداری	۰/۱۷۲	۰/۴۴۴	۰/۰۲۴	۰/۸۷۵	۰/۷۷۸	۰/۰۰۳ *
تولید معنای شخصی						
همبستگی	۰/۷۸۸ **	۰/۱۰۳	۰/۱۲۳	- ۰/۱۸۸	۰/۰۳۰	۰/۱۰۰
معناداری	۰/۰۰۰	۰/۱۶۳	۰/۰۹۷	۰/۲۳۵	۰/۶۸۳	۰/۱۷۶
بسط هوشیاری						
همبستگی	۰/۸۴۴ **	۰/۰۶۷	۰/۱۹۹ **	- ۰/۰۴۶	۰/۰۸۰	۰/۰۸۴
معناداری	۰/۰۰۰	۰/۳۶۲	۰/۰۰۷	۰/۵۳۲	۰/۲۸۰	۰/۲۵۵
آگاهی متعالی						
همبستگی	۰/۷۴۸ **	۰/۰۶۵	۰/۱۰۸	- ۰/۰۳۰	- ۰/۰۵۵	۰/۱۱۸
معناداری	۰/۰۰۰	۰/۳۸۱	۰/۱۴۵	۰/۶۸۴	۰/۴۵۳	۰/۱۰۹
هوش معنوی						
همبستگی	۰/۶۷۹ **	۰/۰۴۳	۰/۰۹۴	۰/۲۶۵	۰/۱۳۹	۰/۲۲۱
معناداری	۰/۰۰۳	۰/۱۷۲	۰/۰۸۶	۰/۱۹۰	۰/۰۹۸	۰/۱۳۸

* بین متغیرهای مورد مطالعه در سطح اطمینان ۹۵ درصد رابطه معنادار وجود دارد. ** رابطه در سطح ۹۹ درصد معنادار است.

جدول ۴. ماتریس همبستگی مؤلفه‌های هوش معنوی و همدلی در پرستاران

همدلی	خود را به جای بیمار نهادن	مراقبت همدلانه	اتخاذ دیدگاه	تفکر انتقاد وجودی	
همبستگی	۰/۰۴۴	۰/۱۳۹	۰/۰۳۷	۰/۰۰۹	
معناداری	۰/۵۵۷	۰/۰۶۲	۰/۶۲۳	۰/۸۹۹	
تولید معنای شخصی	همبستگی	۰/۰۵۷	- ۰/۰۲۱	۰/۰۰۱	- ۰/۰۷۷
معناداری	۰/۴۴۲	۰/۷۷۵	۰/۹۹۰	۰/۲۹۹	
بسط حالت هوشیاری	همبستگی	۰/۱۴۱	۰/۰۳۷	- ۰/۰۶۱	- ۰/۰۶۱
معناداری	۰/۰۵۶	۰/۵۴۹	۰/۶۱۶	۰/۴۰۸	
آگاهی متعالی	همبستگی	۰/۰۲۰	۰/۱۱۷	۰/۱۲۳	۰/۱۲۳
معناداری	۰/۸۷۶	۰/۷۶۰	۰/۱۱۴	۰/۰۹۵	
هوش معنوی	همبستگی	۰/۰۳۷	۰/۰۱۱	۰/۰۶۲	۰/۰۶۲
معناداری	۰/۶۲۱	۰/۳۰۷	۰/۸۷۹	۰/۴۰۷	

بحث

این مطالعه با هدف بررسی ارتباط هوش معنوی با رفتار مراقبتی و همدلی در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کاشان انجام شد. یافته‌ها نشان داد میانگین هوش معنوی و مؤلفه‌های آن به استثنای آگاهی متعالی در سطح قابل قبولی قرار داشت. این یافته با مطالعات کریمی موفقی گزارانی و همکاران (۲۰۱۵) Yang و Mao (۲۰۰۷)، Yang (۲۰۰۶) و Wu و Yang (۲۰۱۵) همسوز بود [۲۷، ۲۹، ۴۷، ۴۸]. نتایج پژوهش Kaur و همکاران (۲۰۱۳) حاکی از سطح متوسط هوش معنوی پرستاران مالزیایی بود [۹]. همچنین پژوهش Yang (۲۰۰۶) نشان داد که هوش معنوی پرستاران تایوانی در سطح متوسط می‌باشد (۴۷) Yang و Mao (۲۰۰۷) اینگونه بیان می‌کنند که ۹۰٪ پرستاران تایوانی موارد متعددی از درد و رنج عاطفی جسمی را در طول زندگی تجربه کنند و از میان ۱۳۰ پرستار، فقط هفت پرستار به وضوح مذهب خود را مشخص کردند و اعتقادات مذهبی بیشترین واریانس متغیر ملاک را در مطالعه به خود اختصاص داد [۲۹]. این نتایج با یافته‌های تحقیق حق شناس و همکارانش (۱۳۸۹) که نشان دادند اکثریت نمونه‌ها، از سطح هوش معنوی پایین‌تر از متوسط برخوردار بودند، ناهمسوز بود [۴۹]. البته این تفاوت را شاید بتوان به تفاوت در جامعه مورد مطالعه دانست، چرا که در پژوهش حق شناس جامعه مورد مطالعه را دانشجویانی تشکیل داد که هنوز تجربه کار در محیط واقعی را نداشتند. این نتایج با توجه به جو دینی و معنوی حاکم بر جامعه کنونی ما دور از انتظار نیست، چراکه ویژگی‌های لازمه هوش معنوی در کنار توانایی‌های دیگری چون اعتقاد به معنویات و داشتن باورهای و ارزش‌های دینی تبلور پیدا می‌کنند.

آگاهی متعالی، توانایی شناخت ابعاد برتر و متعالی خود، دیگران، و جهان مادی است که این حیطة، در نمونه‌های مورد پژوهش پایین بود. همراستا با نتایج این مطالعه، در پژوهش دیگری که بر روی ۱۷۹ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان فقیهی شهر شیراز انجام شد و نشان داد که میانگین این بعد پایین‌تر از سایر ابعاد بود [۵۰] King و DeCicco (۲۰۰۹) در مورد این بعد، چنین بیان می‌کند که،

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار هوش معنوی، همدلی و رفتار مراقبتی مشارکت کنندگان را نشان می‌دهد. میانگین هوش معنوی (۲۶/۱۲) ± ۹۷/۳۵ در سطح مطلوبی قرار داشت و در مورد مؤلفه‌های هوش معنوی به استثنای مؤلفه آگاهی متعالی، که از میانگین مطلوب، پایین‌تر بود، سایر مؤلفه‌های هوش معنوی در پژوهش حاضر، در سطح قابل قبولی قرار داشت (جدول ۲). در خصوص همدلی و مؤلفه‌های آن نیز یافته‌ها حاکی از آن است میانگین همدلی (۱۸/۳۰ ± ۹۸/۳۷) در سطح بالاتر از متوسط قرار داشت. میانگین نمرات به دست آمده در هر سه مؤلفه اتخاذ دیدگاه، مراقبت همدلانه و خود را به جای بیمار نهادن، از سطح میانگین مورد نظر بالاتر بود و این مؤلفه‌ها در سطح خوبی قرار داشت (جدول ۲).

جدول ۴ رابطه بین هوش معنوی و مؤلفه‌های آن با همدلی و مؤلفه‌های آن در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی درمانی شهر کاشان را با استفاده از آزمون آماری پیرسون نشان می‌دهد. یافته‌ها نشان می‌دهد که هیچ یک از مؤلفه‌های هوش معنوی با مؤلفه‌های همدلی ارتباط معنی داری ندارند ($P > 0/05$).

میانگین نمرات افراد شرکت کننده در متغیر رفتار مراقبتی $41/60 \pm 198/5$ بود. بدین ترتیب، بالاتر از متوسط و قابل قبول بود. همچنین در دو مؤلفه احترام قائل شدن برای دیگران و اطمینان از حضور انسانی، در سطح بسیار بالا و مطلوبی قرار داشت، و در سه مؤلفه دیگر یعنی، ارتباط و گرایش مثبت، دانش و مهارت حرفه‌ای و توجه به تجارب دیگران نیز، نمرات در سطح قابل قبولی بودند (جدول ۲).

نتایج مطالعه حاضر با استفاده از آزمون آماری پیرسون نشان داد که تفکر انتقادی وجودی (مؤلفه هوش معنوی)، با ارتباط و گرایش مثبت (مؤلفه رفتار مراقبتی)، رابطه آماری معنادار دارد ($P < 0/05$) همچنین دو مؤلفه ایجاد معنای شخصی و بسط حالت هوشیاری (از مؤلفه‌های هوش معنوی)، با مؤلفه احترام قائل شدن برای دیگران (مؤلفه رفتار مراقبتی) رابطه معنی دار دارد ($P < 0/05$) و در نهایت مؤلفه آگاهی متعالی (مؤلفه هوش معنوی)، با دو مؤلفه احترام قائل شدن برای دیگران و ارتباط و گرایش مثبت (مؤلفه‌های رفتار مراقبتی)، دارای رابطه مثبت و معنی دار است ($P < 0/05$) (جدول ۳).

(۱۳۸۶) هم همین موضوع را نشان می‌دهد، ولی در مطالعه رفیعی، میانگین نمرات رفتار مراقبتی از سطح بالاتری برخوردار بوده است [۵۸]. در خصوص مؤلفه‌های رفتار مراقبتی، میانگین نمرات پرستاران در دو مؤلفه احترام قائل شدن برای دیگران و اطمینان از حضور انسانی، در سطح بسیار بالا و مطلوبی قرار داشت، و در سه مؤلفه دیگر یعنی، ارتباط و گرایش مثبت، دانش و مهارت حرفه‌ای و توجه به تجارب دیگران نیز، نمرات در سطح قابل قبول و خوبی بودند. همراستا با نتایج این مطالعه، در مطالعه جولایی و همکاران (۱۳۹۳)، مؤلفه دوم که از اهمیت بالاتری برخوردار بوده است، توجه به تجارب دیگران گزارش شده است [۱۱]. این در حالی است که در مطالعه رفیعی و همکاران (۱۳۸۶)، جایگاه دوم به ارتباط و گرایش مثبت اختصاص یافته است [۵۸]. این یافته‌ها می‌توانند نتایج به دست آمده در پژوهش حاضر را تأیید نمایند. لازم به ذکر است که احساس مسئولیت، تجربه شغلی، اعتقاد داشتن به مراقبت با کیفیت و داشتن علاقه به حرفه پرستاری از عوامل تعیین کننده رفتارهای مراقبتی می‌باشد. لذا نتایج متفاوت پژوهش‌ها می‌تواند به عوامل ذکر شده مرتبط باشد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین هوش معنوی و رفتار مراقبتی کلی ارتباطی وجود ندارد ولی تفکر انتقادی وجودی (مؤلفه هوش معنوی)، با ارتباط و گرایش مثبت (مؤلفه رفتار مراقبتی)، رابطه آماری معنادار دارد ($P < 0/05$) همچنین دو مؤلفه ایجاد معنای شخصی و بسط حالت هوشیاری (از مؤلفه‌های هوش معنوی)، با مؤلفه احترام قائل شدن برای دیگران (مؤلفه رفتار مراقبتی) رابطه معنی دار دارد ($P < 0/05$) و در نهایت مؤلفه آگاهی متعالی (مؤلفه هوش معنوی)، با دو مؤلفه احترام قائل شدن برای دیگران و ارتباط و گرایش مثبت (مؤلفه‌های رفتار مراقبتی)، دارای رابطه مثبت و معنی دار است ($P < 0/05$) و Kaur و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهش خود نشان دادند که تفکر انتقاد وجودی و آگاهی متعالی (از مؤلفه‌های هوش معنوی) ارتباط معنی داری بر بعد اطمینان از حضور انسانی رفتار مراقبتی دارند [۲۶]. که از این منظر یافته‌های این پژوهش با نتایج مطالعه حاضر همسو نیست. در راستای این پژوهش، میری و همکاران (۱۳۹۴)، نیز در پژوهش خود به بررسی ارتباط بین مؤلفه‌های هوش معنوی با رفتار مراقبت پرستاری پرداختند [۵۹]. اما از آنجا که این محققین از پرسشنامه‌های متفاوتی نسبت به پژوهش حاضر استفاده نموده بودند، امکان مقایسه یافته در سطح مؤلفه‌های پژوهش فراهم نشد. به طور کلی می‌توان گفت توانایی پرستار در ایجاد معنای شخصی در تمامی تجارب فیزیکی و معنوی و همچنین وارد شدن به حالت هوشیاری معنوی، به او کمک می‌کند تا احساسات خود را به درستی ارزیابی کند و بتواند عواطف و احساسات دیگران را به درستی تشخیص دهد. در حقیقت، این توانایی پرستاران برای ارائه مراقبت مؤثر به بیماران بسیار مهم است [۹]. عدم ارتباط بین هوش معنوی و رفتار مراقبتی کلی را می‌توان به ابزارهای پژوهشی مورد استفاده مرتبط دانست. هر چند پرسشنامه رفتار مراقبتی، در پژوهش‌های مختلف، توسط پرستاران تکمیل شده است، ولی به نظر می‌رسد که استفاده از آن توسط شخص دیگری که رفتار پرستار را مشاهده می‌کند، مناسب‌تر باشد. یافته‌ها نشان داد که هیچ یک از مؤلفه‌های هوش معنوی با مؤلفه‌های همدلی ارتباط معنی داری ندارند. در مطالعه King و همکاران (۲۰۱۲) نیز ارتباطی بین همدلی و هوش معنوی و ابعاد آن یافت نشد

چنانچه فرد از مسائل ظاهری خود عبور کند و جنبه‌های روحی و غیرجسمانی خود را شناسایی نماید، می‌تواند به ارزشهای عمیق خود پی ببرد و شناخت بهتری از توانایی‌ها و ضعف‌های خود داشته باشد [۳۷]. شاید این یافته را بتوان اینگونه توجیه نمود که در فرهنگ هر جامعه، عوامل مثبت با منفی فرهنگی را می‌توان شاهد بود. به عنوان مثال نگرش منفی به پرستاری، می‌تواند بر اعتماد به نفس، قدرت حرفه‌ای، فرآیند اجتماعی شدن حرفه و کسب هویت حرفه‌ای تأثیر بگذارد [۴۸]. جامعه ایرانی هنوز هم پرستاران ایرانی را، به عنوان افرادی که مهارت‌ها و ارزشهای منحصر به فرد دارند، درک نمی‌کند [۵۱]. در مطالعه طهماسبی و همکاران (۱۳۹۵) نیز به این مورد اشاره شده است. آن‌ها بیان کرد دیدگاه سنتی پرستاری چنان تأثیر ژرف و عمیقی بر اذهان عمومی گذاشته که تغییر آن در فرهنگ حاکم بر ایران نیازمند تلاش متمادی پرستاران در عرصه‌های مختلف است [۵۲].

در خصوص همدلی و مؤلفه‌های آن نیز یافته‌ها حاکی از آن بود میانگین همدلی در سطح بالاتر تر از متوسط قرار داشت. اگر چه این نتایج با یافته‌های مطالعه Ouzouni و Nakakis (۲۰۱۲) که با هدف بررسی سطح همدلی در ۲۷۹ نفر از دانشجویان پرستاری در یونان انجام شد، همسو نبود [۵۳]. نتایج مطالعه Ouzouni و Nakakis (۲۰۱۲) حاکی از سطح متوسط همدلی در نمونه‌های مورد مطالعه بود [۵۳]. اما در مطالعات متعددی با جامعه پژوهشی متنوع، نمره همدلی با بیمار در سطح خوب گزارش شده است که نتایج پژوهش حاضر با آنها هم خوانی دارد. به عنوان مثال، در مطالعه Wilson و Hegazi (۲۰۱۳) نمره همدلی دانشجویان پزشکی برابر با $14/93 + 07/09$ ، در مطالعه Williams و همکاران (۲۰۱۴) نمره همدلی دانشجویان پرستاری $12 + 43/108$ و در مطالعه Bas-Sarmiento و همکاران (۲۰۱۷) نمره همدلی با بیمار قبل از اجرای مداخله آموزشی در دانشجویان پرستاری $8/44 + 91/119$ به دست آمد [۵۵، ۵۴، ۱۹]. یافته‌ها نشان داد که میانگین نمرات به دست آمده در هر سه مؤلفه اتخاذ دیدگاه، مراقبت همدلانه و خود را به جای بیمار نهادن، از سطح میانگین مورد نظر بالاتر بوده و این مؤلفه‌ها در سطح خوبی قرار داشتند. میانگین نمرات مؤلفه‌ها در پژوهش خانی و همکاران (۲۰۱۹) بالاتر از متوسط بود [۵۶]. که با مطالعه کنونی همسو می‌باشد. همدلی یک فرآیند پیچیده شناختی و عاطفی است که به انسان اجازه می‌دهد نگرانی دیگران را تجربه کند، احساسات خود را درک کند و در نهایت به آنها کمک کند. با توجه به کمبود نیروی پرستاری در ایران و حجم کاری بالای پرستاران نسبت به کشورهای توسعه یافته و به تبع آن عدم زمان کافی برای ارتباط با بیمار، این سطح از همدلی را می‌توان به مسئولیت پذیری و تاکید آموزه‌های دینی و اخلاقی بر توجه به دیگران و همدردی و همدلی نسبت داد.

در بخش دیگری از یافته‌ها، در خصوص رفتارهای مراقبتی، نتایج حاکی از آن بود که کیفیت مراقبت‌های پرستاری از دیدگاه اکثریت پرستاران در سطح مطلوبی قرار داشت. این یافته نیز با مطالعه نیشابوری و همکاران (۱۳۸۹)، جولایی و همکاران (۱۳۹۳)، رفیعی و همکاران (۱۳۸۶)، Wolf و همکاران (۱۹۹۸) همسو می‌باشد [۱۱، ۴۲، ۵۷، ۵۸]. براساس یافته‌های مطالعه جولایی و همکاران (۱۳۹۳)، میانگین کل نمره رفتار مراقبتی پرستاران بخش آنکولوژی بیمارستان‌های تهران در سطح بسیار مطلوبی قرار دارد [۱۱]. مطالعه رفیعی و همکاران

سطح مطلوبی قرار دارد. از سوی دیگر، هوش معنوی با اکثر مؤلفه‌های همدلی و رفتارهای مراقبتی پرستاران مورد مطالعه ارتباط معنی داری را نشان نداد. هر چند، تقویت برخی از مؤلفه‌های هوش معنوی از جمله تفکر انتقادی وجودی، ایجاد معنای شخصی، بسط حالت هوشیاری و آگاهی متعالی موجب ارتقاء رفتارهای مراقبتی نظیر ارتباط و گرایش مثبت و احترام قائل شدن برای دیگران و در نهایت بهبود مراقبت از بیماران می‌شود. لذا، با توجه به نیاز بیماران به دریافت توجهات عاطفی به عنوان یکی از ابعاد مهم مراقبتی از سوی پرستاران، لزوم توجه مدیران پرستاری به این عوامل و تقویت آن در پرستاران از طریق برگزاری کارگاه و پایش دوره‌ای پرستاران و همچنین گنجاندن آنها در برنامه‌های درسی و آموزش پرستاری ضروری به نظر می‌رسد. توصیه می‌شود در پژوهش‌های آتی پژوهشگران عوامل دیگری نظیر نوع مذهب و دریافت آموزه‌های دینی که می‌توانند در این زمینه مؤثر باشند، مورد بررسی قرار دهند.

سپاسگزاری

این مطالعه بخشی از پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه تحت عنوان (بررسی ارتباط هوش معنوی و رفتار مراقبتی و همدلی در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کاشان) مصوب ۹۷/۹/۱۲ و به شماره ۱۰۵۱۰۴۰۱۹۷۲۰۰۱ دانشگاه آزاد اسلامی واحد یزد می‌باشد. بدین وسیله از تمامی مسئولین و پرستارانی که صمیمانه در فرآیند انجام پژوهش مشارکت نمودند، تقدیر و تشکر می‌شود.

تضاد منافع

نویسندگان اذعان می‌دارند که تضاد منافی وجود ندارد.

References

- Khalaf A, Westergren A, Ekblom O, Al-Hazzaa HM, Berggren V. Nurses' views and experiences of caring for malnourished patients in surgical settings in Saudi Arabia - a qualitative study. *BMC Nurs*. 2014;13:29. doi: 10.1186/1472-6955-13-29 pmid: 25317076
- Zamanzadeh V, Valizadeh L, Azimzadeh R, Aminaie N, Yousefzadeh S. First and fourth-year student's perceptions about importance of nursing care behaviors: socialization toward caring. *J caring sci*. 2014;3(2):93.
- Hajinezhad ME, Azodi P, Rafii F, Ramezani N, Tarighat M. Perspectives of patients and nurses on caring behaviors of nurses. *J hayat*. 2012;17(4):36-45.
- Baljani E, Khashabi J, Amanpour E, Azimi N. Relationship between spiritual well-being, religion, and hope among patients with cancer. *J hayat*. 2011;17(3):27-37.
- Yekefalah L, Ashktorab T. Experiences of Critical Care Units Nurses about Futile Care a Qualitative Study. *Prev Care Nurs Midwifery J*. 2015;4(2):23-34.
- Keshavarz M, Akbari Sari A, Rahimi Foroshani A, Arab M. Survey on Safety and Quality Standards in Selected Hospitals of Tehran University of Medical Sciences Using the Joint Commission International Standards in 90-91. *J Hosp*. 2014;13(1):17-24.
- Yildizeli Topcu S. Surgical Nurses' need for affect and their caregiving approaches. *J Public Health*. 2020. doi: 10.1007/s10389-019-01176-z
- Memarian R, Salsali M, Vanaki Z, Ahmadi F, Hajizadeh E. Professional ethics as an important factor in clinical

[۲۵]. در مطالعه دیگری تنها مؤلفه آگاهی متعالی با همدلی ارتباط داشت [۶۰]. ناهمسو با یافته پژوهش حاضر، در مطالعه‌ای مشخص شد که دلسوزی همراه با احساسات، نگرش‌ها و رفتارهای مثبت به عنوان یک ویژگی خاص هوش معنوی می‌باشد [۶۱]. نتایج برخی پژوهش‌ها هم نشان داد که ارتباط معناداری بین هوش معنوی و هوش هیجانی که همدلی جزء مهمی از آن است، وجود دارد [۹، ۶۲، ۶۳]. دلیل این ناهمسویی را شاید بتوان به تفاوت‌های فرهنگی و ابزار پژوهشی نسبت داد. این احتمال وجود دارد که ابزارهای مورد استفاده، بهترین ابزار برای سنجش این متغیرها در میان پرستاران نباشد و تحقیق کاملتری در مورد استفاده از ابزار مورد استفاده در عرصه پرستاری مورد نیاز باشد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به مقطعی بودن آن اشاره کرد که روابط علی و معلولی بین متغیرها نمی‌توانند به صورت تجربی مورد تأیید قرار گیرند. همچنین ابزارها از نوع خودگزارش دهی می‌باشد، و نظیر دیگر ابزارهای خودگزارش دهی، احتمال خستگی و عدم فرصت کافی وجود دارد. در نتیجه برخی پرستاران ممکن است از ارائه پاسخهای واقعی خودداری نمایند. محدودیت دیگر عدم امکان کنترل متغیرهای مداخله گر نظیر عوامل مؤثر بر دقت و تمرکز کارکنان هنگام تحویل پرسشنامه‌ها به دلیل حجم کار زیاد بود. لازم به ذکر است که سعی شد پرسشنامه‌ها در مواقعی که حجم کاری پرستاران کم باشد نظیر اول شیفت کاری توزیع شود. همچنین، محققین سعی نمودند زمان کافی در اختیار آنها قرار دهند.

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌ها، هوش معنوی، همدلی و رفتار مراقبتی پرستاران در

- competency in nursing. *Nurs Ethics*. 2007;14(2):203-14. doi: 10.1177/0969733007073715 pmid: 17425149
- Kaur D, Sambasivan M, Kumar N. Effect of spiritual intelligence, emotional intelligence, psychological ownership and burnout on caring behaviour of nurses: a cross-sectional study. *J Clin Nurs*. 2013;22(21-22):3192-202. doi: 10.1111/jocn.12386 pmid: 24118522
- Seyedshohadae M, Mohammadi H, Seyedfatemi N, Mehran A. Relationship between the circadian types and nurses' caring behaviours. *Koomesh*. 2015;16(3):389-96.
- Joolae S, Rasti F, Ghiyasvandian S, Haghani H. Patients' perceptions Of Caring Behaviors In Oncology Settings. *Iran J Nurs Res*. 2014;9:59-67.
- Mahmoodzadeh Z, Ashktorab T, Naeeni SMK. The correlation between Moral Distress and Caring Behaviors of Nurses in Intensive Care Units of Bandar Abbas Hospitals in 2018. *Iran J Medl Ethics Hist Med*. 2019;12(1):82-93.
- Spiro H. Commentary: The practice of empathy. *Acad Med*. 2009;84(9):1177-9. doi: 10.1097/ACM.0b013e3181b18934 pmid: 19707052
- Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. *Br J Gen Pract*. 2002;52:9-12.
- Brunero S, Lamont S, Coates M. A review of empathy education in nursing. *Nurs Inq*. 2010;17(1):65-74. doi: 10.1111/j.1440-1800.2009.00482.x pmid: 20137032
- Ozcan CT, Oflaz F, Sutcu Cicek H. Empathy: the effects of undergraduate nursing education in Turkey. *Int Nurs*

- Rev. 2010;57(4):493-9. doi: 10.1111/j.1466-7657.2010.00832.x pmid: 21050202
17. Buyuk ET, Rizalar S, Güdek E, Güney Z. Evaluation of empathetic skills of nurses working in oncology units in Samsun, Turkey. *Int J Caring Sci.* 2015;8(1):131-9.
 18. Ellis M, Woodcock C, Rawlings E, Bywater L. Psychological Issues in Grundy, M Nursing In Haematological Oncology. Chapter 23, p457-474: Elsevier, Sydney; 2006.
 19. Williams B, Brown T, McKenna L, Boyle MJ, Palermo C, Nestel D, et al. Empathy levels among health professional students: a cross-sectional study at two universities in Australia. *Adv Med Educ Pract.* 2014;5:107-13. doi: 10.2147/AMEP.S57569 pmid: 24833947
 20. Hojat M, Louis DZ, Maio V, Gonnella JS. Empathy and health care quality. *Am J Med Qual.* 2013;28(1):6-7. doi: 10.1177/1062860612464731 pmid: 23288854
 21. Scott H. Empathy in healthcare settings: Goldsmiths, University of London; 2011.
 22. Trzeciak S, Roberts BW, Mazzarelli AJ. Compassionomics: Hypothesis and experimental approach. *Med Hypotheses.* 2017;107:92-7. doi: 10.1016/j.mehy.2017.08.015 pmid: 28915973
 23. Levett-Jones T, Cant R, Lapkin S. A systematic review of the effectiveness of empathy education for undergraduate nursing students. *Nurse Educ Today.* 2019;75:80-94. doi: 10.1016/j.nedt.2019.01.006 pmid: 30739841
 24. Taleghani F, Ashouri E, Saburi M. Empathy, Burnout, Demographic Variables and their Relationships in Oncology Nurses. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2017;22(1):41-5. doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR_66_16 pmid: 28382057
 25. King DB, Mara CA, DeCicco TL. Connecting the Spiritual and Emotional Intelligences: Confirming an Intelligence Criterion and Assessing the Role of Empathy. *Int J Transperson Stu.* 2012;31(1):11-20. doi: 10.24972/ijts.2012.31.1.11
 26. Kaur D, Sambasivan M, Kumar N. Impact of emotional intelligence and spiritual intelligence on the caring behavior of nurses: a dimension-level exploratory study among public hospitals in Malaysia. *Appl Nurs Res.* 2015;28(4):293-8. doi: 10.1016/j.apnr.2015.01.006 pmid: 26608428
 27. Karimi-Moonaghi H, Gazerani A, Vaghee S, Gholami H, Salehmoghaddam AR, Gharibnavaz R. Relation between spiritual intelligence and clinical competency of nurses in Iran. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2015;20(6):665-9. doi: 10.4103/1735-9066.170002 pmid: 26793250
 28. Ahmadi M. Relationship Between Nursing Students' Professional Competence in Spiritual Care and Spiritual Intelligence. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac.* 2018;25(05):188-99. doi: 10.30699/sjhnmf.26.5.5
 29. Yang KP, Mao XY. A study of nurses' spiritual intelligence: a cross-sectional questionnaire survey. *Int J Nurs Stud.* 2007;44(6):999-1010. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2006.03.004 pmid: 16650425
 30. Spiritual intelligence as a method to improve spiritual care in nursing students 2019 [cited 2020]. Available from: <http://create.canterbury.ac.uk/18147/>.
 31. Narayanasamy A, Owens J. A critical incident study of nurses' responses to the spiritual needs of their patients. *J Adv Nurs.* 2001;33(4):446-55. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01690.x pmid: 11251732
 32. Shabani J, Hassan SA, Ahmad A, Baba M. Age as moderated influence on the link of spiritual and emotional intelligence with mental health in high school students. *J Am Sci.* 2010;6(11):394-400.
 33. Ghaleei A, Mohajeran B. The relationship among spiritual intelligence, mental health and job stress in nurses in imam khomeini hospital of mahabad. *Avicenna J Nurs Midwifery Care.* 2015;23(4):14-21.
 34. Faribors B, Fatemeh A, Hamidreza H. The relationship between nurses' spiritual intelligence and happiness in Iran. *Soc Behav Sci.* 2010;5:1556-61. doi: 10.1016/j.sbspro.2010.07.325
 35. Amram JY. The contribution of emotional and spiritual intelligences to effective business leadership: Institute of Transpersonal Psychology; 2009.
 36. Sunaryo H, Nirwanto N, Manan A. The Effect of Emotional and Spiritual Intelligence on Nurses' Burnout and Caring Behavior. *Int J Acad Resn Bus Soc Sci.* 2018;7(12). doi: 10.6007/IJARBS/v7-i12/3753
 37. King DB, DeCicco TL. A Viable Model and Self-Report Measure of Spiritual Intelligence. *Int J Transperson Stu.* 2009;28(1):68-85. doi: 10.24972/ijts.2010.28.1.68
 38. Sharif Nia H, Haghdoost AA, Ebadi A, Soleimani MA, Yaghoobzadeh A, Abbaszadeh A, et al. Psychometric properties of the king spiritual intelligence questionnaire (KSIQ) in physical veterans of Iran-Iraq warfare. *J Milit Med.* 2015;17(3):145-53.
 39. Hosseinchari M, Zakeri HR. The effect of studying university majors, religious and art sciences on spiritual intelligence: a trial for validation and measuring reliability of spiritual intelligence scale. *Train Meas.* 2010;1:73-93.
 40. Raghbi M, Syadat A. Analysis of Spiritual Intelligence Department, University of directors and its relationship with demographic characteristics. *QJ Stud Islam Psychol.* 2011;5(9):47-57.
 41. Wolf ZR, Giardino ER, Osborne PA, Ambrose MS. Dimensions of nurse caring. *Image J Nurs Sch.* 1994;26(2):107-11. doi: 10.1111/j.1547-5069.1994.tb00927.x pmid: 8063315
 42. Wolf ZR, Colahan M, Costello A, Warwick F. Relationship between nurse caring and patient satisfaction. *Med surg Nurs.* 1998;7(2):99.
 43. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Cohen MJM, Gonnella JS, Erdmann JB, et al. The Jefferson Scale of Physician Empathy: Development and Preliminary Psychometric Data. *Educ Psychol Measur.* 2016;61(2):349-65. doi: 10.1177/00131640121971158
 44. Hojat M, Gonnella JS, Mangione S, Nasca TJ, Magee M. Physician empathy in medical education and practice: experience with the Jefferson scale of physician empathy. *Semin Integr Med.* 2003;1(1):25-41. doi: 10.1016/s1543-1150(03)00002-4
 45. Karimi FZ, Zarifnejad G, Abdolahi M, Ali Taghipour A. Surveying the factor structure and reliability of the Persian version of the Jefferson scale of physician empathy-health care provider student version (JSE-HPS). *J hayat.* 2015;21(3):5-14.
 46. Sedaghati Kasbakhi M, Rohani C, Mohtashami J, Nasiri M. Cognitive or Affective Empathy in Oncology Nurses: A Cross-Sectional Study. *Iran J Nurs Res.* 2017;12(4):9-18. doi: 10.21859/ijnr-12042
 47. Yang KP. The spiritual intelligence of nurses in Taiwan. *J Nurs Res.* 2006;14(1):24-35. doi: 10.1097/01.jnr.0000387559.26694.0b pmid: 16547903

48. Yang KP, Wu XJ. Spiritual intelligence of nurses in two Chinese social systems: a cross-sectional comparison study. *J Nurs Res.* 2009;17(3):189-98. doi: [10.1097/JNR.0b013e3181b2556c](https://doi.org/10.1097/JNR.0b013e3181b2556c) PMID: 19738447
49. Haghshenas M, Noorbala AA, Akabary SA, Laeein VN, Sahlei M, Tayyebi Z. The study of relationship between spiritual intelligence and modes of students' attachment. *Med Ethics J.* 2011;5(14):167-81.
50. Torabi M, Moghimi SM, Monavarian A. Investigating the relation between spiritual intelligence and psychological empowerment among nurses of faghilhi hospital in 2012. *Int J Econ Managed Soci Sci.* 2013;2(8):539-43.
51. Nasrabadi AN, Lipson JG, Emami A. Professional nursing in Iran: an overview of its historical and sociocultural framework. *J Prof Nurs.* 2004;20(6):396-402. doi: [10.1016/j.profnurs.2004.08.004](https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2004.08.004) PMID: 15599874
52. Tahmasebi S, Ashktorab T, Ebadi A, Alavi-Majd H. Professional socialization in clinical nurses-A phenomenological study. *J Clin Nurs Midwifery.* 2013;2.
53. Ouzouni C, Nakakis K. An exploratory study of student nurses' empathy. *Health Sci J.* 2012;6(3):534.
54. Hegazi I, Wilson I. Maintaining empathy in medical school: it is possible. *Med Teach.* 2013;35(12):1002-8. doi: [10.3109/0142159X.2013.802296](https://doi.org/10.3109/0142159X.2013.802296) PMID: 23782049
55. Bas-Sarmiento P, Fernandez-Gutierrez M, Baena-Banos M, Romero-Sanchez JM. Efficacy of empathy training in nursing students: A quasi-experimental study. *Nurse Educ Today.* 2017;59:59-65. doi: [10.1016/j.nedt.2017.08.012](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.08.012) PMID: 28945994
56. Khani L, Mahmmodi A, Gafari M, Khani M. Investigating the relationship between nurses' empathy with patients and their attitude toward organ donation in special section of isfahan province hospitals. *J Nurs Educ.* 2019;7:1-7.
57. Neishabory M, Raeisdana N, Ghorbani R, Sadeghi T, ;. Nurses' and patients' viewpoints regarding quality of nursing care in the teaching hospitals of Semnan University of Medical Sciences, 2009. *Koomesh.* 2011;12:134-43.
58. Rafii F, Hajinezhad ME, Haghani H. Nurse caring in Iran and its relationship with patient satisfaction. *Australia J Adv Nurs.* 2008;26(2):75.
59. Miri K, Parsa P, Shirdelzadeh S, Keshavarz A. The relationship between nurses' spiritual intelligence and quality of nursing care based on nurses' & patients' viewpoints. *J Urmia Nurs Midwifery Fac.* 2015;13(6):518-24.
60. Šilingienė V, Škėrienė S. Expression of Leaders' Spiritual Intelligence in a Context of Service Organizations: A Gender Approach. *Soc Behav Sci.* 2015;213:758-63. doi: [10.1016/j.sbspro.2015.11.467](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.11.467)
61. Nita AM. Spiritual Intelligence And Compassion In Public Administration. *Curentul Juridic Juridical Current Le Courant Juridique.* 2017;71:43-51.
62. Arbabisarjou A, Hesabi N, Homaei R, Omeidi K, Ghaljaei F, Arish N. The Relationship between Spiritual Intelligence and Emotional Intelligence among Students at Isfahan University of Medical Sciences with a Concentration on Improvement of Social Relations. *Int J Med Res Health Sci.* 2016;5:596-603.
63. Heidari Gorji A, Darabinia M, Ranjbar M. Emotional and Spiritual Intelligence Among Medical Students in Iran. *Iran J Psychiatry Behav Sci.* 2017;11(4). doi: [10.5812/ijpbs.9504](https://doi.org/10.5812/ijpbs.9504)